

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2015 г.

Регистрационный № 097-0914

Метод медицинской экспертизы пациентов с
ВИЧ-инфекцией

Инструкция по применению

Учреждения - разработчики:

ГУ «Республиканский научно - практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», учреждение «Гомельская областная МРЭК»

Авторы: д.м.н., профессор В.Б.Смычек, Ю.Б. Запорованный

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
07.05.2015
Регистрационный № 097-0914

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», учреждение «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, Ю.Б. Запорованный

Минск 2015

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод осуществления медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ) пациентов с ВИЧ-инфекцией, предусматривающий ряд последовательных стадий до определения инвалидности.

Настоящая инструкция предназначена для врачей-экспертов, врачей-реабилитологов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией.

Перечень необходимого оборудования: специального оборудования для практического использования не требуется. Необходимый объем диагностических мероприятий для уточнения клинико-функционального состояния организма пациента и имеющегося ограничения жизнедеятельности регламентирован действующими нормативно-правовыми актами.

Метод медицинской экспертизы пациентов с ВИЧ-инфекцией

Предлагаемый метод осуществления медицинской экспертизы пациентам с ВИЧ-инфекцией предполагает последовательное осуществление следующих этапов:

1. Изучение медицинской документации, сбор анамнеза и освидетельствование пациента.
2. Установление клинико-функционального диагноза.
3. Определение имеющихся нарушений функций органов и систем организма, нарушений жизнедеятельности, в т. ч. ограничений жизнедеятельности, а также степени их выраженности.
4. Определение клинического прогноза.
5. Определение клинико-трудового прогноза.
6. Принятие экспертного решения (в соответствии с критериями временной нетрудоспособности и инвалидности) для пациентов с ВИЧ-инфекцией).
7. Составление индивидуальной программы реабилитации (с учетом особенностей заболевания).

Изучение медицинской документации, сбор анамнеза и осмотр пациента

В процессе сбора анамнеза, освидетельствования пациента, анализа информации, содержащейся в направлении на МСЭ, особое внимание уделяется разнообразным проявлениям основного заболевания, т. к. для экспертизы этих пациентов крайне важен не только основной диагноз, но и развившиеся осложнения, которые по существу и приводят к различной степени нарушений функций органов и систем организма и соответственно ограничению жизнедеятельности пациента.

При изучении консультативного заключения врача-инфекциониста и результатов обследования уточняется иммунный статус пациента. Количество CD4-лимфоцитов (далее — CD4) имеет важное значение, поскольку исходя из этого показателя, определяется иммунологическая и клиническая категория заболевания по классификации CDC, показания к антиретровирусной терапии (далее — АРТ), прогноз. Количество CD4 у ВИЧ-отрицательного взрослого

человека составляет от 500 до 1200 клеток/мкл. Уменьшение уровня ниже 200 клеток/мкл является одним из основных критериев установления диагноза СПИД.

Одним из основных критериев оценки состояния пациента с ВИЧ-инфекцией является уровень вирусной нагрузки, т. е. количество частиц вируса (РНК вируса) в плазме крови. Она является «прогностическим» тестом, характеризуя быстроту снижения иммунного статуса.

При опросе пациента и анализе документации необходимо выяснить, принимает ли он АРТ, и ее эффективность, поскольку от этих факторов во многом зависит прогноз.

Особое место при определении прогноза имеет наркозависимость пациента. Естественно, что наркомания ухудшает прогноз данного заболевания, однако использование заместительной терапии существенно повышает приверженность к лечению как самой наркомании, так и ВИЧ-инфекции.

Осмотр пациента осуществляется в соответствии со стандартами исследования органов и систем организма, обращая внимание на соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

В ходе обследования пациента особое внимание уделяется росту, весу, дефициту массы тела пациента, состоянию его сознания.

Наиболее частыми клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, вызывающими временную нетрудоспособность, а также стойкие ограничения жизнедеятельности и, как следствие, установление инвалидности, является следующая патология:

- органов дыхания: более чем у 80 % лиц с ВИЧ-инфекцией диагностируются поражения легких, 90 % из них имеют инфекционный генез. Чаще это такие нозологические формы, как пневмония (бактериальная, пневмоцистная), изолированный или сочетающийся с пневмонией плеврит, туберкулез легких, приводящие к различной степени дыхательной недостаточности;

- органов пищеварения: поражение ротовой полости (кандидоз, лейкоплакия, афтозно-язвенный гингивостоматит, афтозно-язвенный стоматит, «волосатая» лейкоплакия); например, наличие «волосатой» лейкоплакии рассматривается как доказательство большой вероятности прогрессирования ВИЧ-инфекции;

- нервной системы: нейропатии и радикулоневриты, полиневропатии (иногда множественные), полимиозиты (гнойные). Энцефалиты, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия с проявлениями псевдобульбарного синдрома. Цереброваскулярные осложнения: транзиторные ишемические атаки, ишемические и геморрагические инсульты. Эпилептический синдром, психические расстройства, СПИД-деменция.

Вышеуказанные клинические проявления ВИЧ-инфекции чаще всего и обуславливают нарушения различных функций организма, состояние функции иммунитета играет в экспертно-реабилитационной диагностике важное, но не решающее значение, поскольку изменения в ней достаточно динамичны, особенно с активным внедрением в практику АРТ.

Особенности установления клинико-функционального диагноза у пациентов с ВИЧ-инфекцией

В настоящее время врачами-инфекционистами Республики Беларусь используются (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от № 147 05.09.2003) две классификации ВИЧ-инфекции: если есть возможность определить содержание CD4, используется классификация, разработанная центром по контролю над заболеваниями (CDC, Атланта, США, 1993), которая учитывает клинические и иммунологические критерии; если такой возможности нет — то классификация ВОЗ 2006 г. Кроме того, указывается течение ВИЧ-инфекции (асимптомная инфекция, пре-СПИД, СПИД).

Учитывая данную особенность, формирование клинико-функционального диагноза основывается на следующих критериях:

I. Клинические критерии (наличие клинических признаков СПИД и степень нарушения функций пораженных органов и систем):

а) наличие оппортунистических инфекций, приводящих к различным осложнениям (пневмония, токсоплазмоз ЦНС, криптоспоридиоз, цитомегаловирусная инфекция, кандидоз и др.);

б) наличие онкологических заболеваний (саркома Капоши, злокачественные лимфомы);

в) другие признаки (ВИЧ-деменция; ВИЧ-кахексия).

II. Иммунологические критерии:

а) наличие ВИЧ-инфекции (иммуноферментный анализ; тест в иммуноблотинге; полимеразная цепная реакция);

б) определение уровня CD4.

III. Наличие и выраженность сопутствующей патологии.

Ниже приведены примеры формулировки диагноза для МСЭ пациентов с ВИЧ-инфекцией:

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 4 клиническая стадия, С3 (CD4 50 клеток/мкл). Туберкулез левого тазобедренного сустава, активный, VA гр. ДУ. Сгибательно-ротационная контрактура III ст. Укорочение левой ноги на 4,0 см.

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 3 клиническая стадия, С2 (CD4 300 клеток/мкл). Криптококковый менингоэнцефалит, подострое течение с резко выраженным правосторонним гемипарезом, выраженной моторной афазией, выраженным когнитивным снижением. Анемия средней степени тяжести. Состояние после прекращения АРТ.

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 4 клиническая стадия, С3 (CD4 180 клеток/мкл). Вагинит-синдром, недостаточность питания ФКЗ. Орофарингеальный кандидоз. Вирусологическая неудача АРТ. Цирроз печени смешанной этиологии (вирусный С и токсико-метаболический). Портальная гипертензия. Асцит. Гепатоспленомегалия. Энцефалопатия смешанного генеза с умеренным когнитивным снижением.

Пример формулировки диагноза у пациента с улучшением иммунологических и клинических показателей на фоне АРТ:

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 3 клиническая стадия С3 (CD4 85 клеток/мкл). На фоне АРТ: ВИЧ-инфекция, В2 (CD4 250 клеток/мкл). Онихомикозы пальцев стоп. Очаговый туберкулез легких (2009 г.) ДН 0.

Использование такого подхода позволяет сформулировать развернутый клинико-функциональный диагноз и как следствие, принять правильное экспертное решение.

Определение имеющихся нарушений органов и систем организма, а также ограничений жизнедеятельности у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Последствия болезни рассматриваются на трех уровнях:

- органном, когда последствия заболевания материализуются в виде морфологических изменений одного, реже нескольких органов, приводящих к нарушению функции органа или систем, т. е. возникают «нарушения» или «дефект» как последствия на органном уровне;

- организменном, когда в результате возникших «нарушений» как следствия заболевания (или травмы) в человеке может меняться и состояние его организма в целом, и способность его к жизнедеятельности, определяющей его развитие как личности. Индивидуум становится ограниченным в сферах деятельности, привязан к определенным средствам жизнеобеспечения. В результате происходит расстройство на уровне личности, возникают так называемые «ограничения жизнедеятельности»;

- социальном, когда у индивидуума имеется социальная недостаточность, вытекающая из нарушения и ограничения жизненных функций.

Для унификации оценки выраженности нарушенных функций и критериев жизнедеятельности нами использован подход, разработанный в Белорусском научно-исследовательском институте экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (Гиткина Л.С., Зборовский Э.И. и др., 1995) с применением функциональных классов (далее — ФК), которые отражают состояние функции или другого функционального параметра, ранжируются по 5-балльной шкале, и принимаются за 100 %.

ФК-0 — характеризует нормальное состояние параметра, ФК-1 — легкое его нарушение (до 25 %), ФК-2 — умеренное (от 26 до 50 %), ФК-3 — значительное (от 51 до 75 %), ФК-4 — резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76 до 100 %).

Исходя из данных подходов и учитывая значение нарушения функции иммунитета при данном заболевании, для МСЭ пациентов с ВИЧ-инфекцией нами разработаны критерии определения степени нарушения функции иммунитета (таблица 1).

Таблица 1. — Критерии определения степени нарушения функции иммунитета при МСЭ пациентов с ВИЧ-инфекцией

| Степень нарушения функции | Количество CD4 лимфоцитов | Иммунологическая категория по классификации CDC |
|--|---------------------------|---|
| ФК-0* | ≥ 500 | 1 |
| ФК-1 (1-я степень нарушения функции) | ≥ 500 | 1 |
| ФК-2 (2-я степень нарушения функции) | 250–500 | 2 |
| ФК-3 (3-я степень нарушения функции) | < 200 | 3 |
| ФК-4** (4-я степень нарушения функции) | < 200 | 3 |

* — ФК-0 устанавливается, если пациент отнесен по классификации CDC к клинической категории А при бессимптомной ВИЧ-инфекции;
 ** — ФК-4 устанавливается, если пациент отнесен по классификации CDC к клинической категории С.

В клинической картине ВИЧ-инфекции одним из наиболее часто встречаемых симптомов является снижение массы тела (вастинг-синдром и др.). С целью «объективизации» данных состояний необходимо использовать подход, характеризующий недостаточность питания пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ФК-1 — легкая степень: потеря массы тела до 10 % от исходной. Индекс массы тела (ИМТ) — 17,0-18,4. Толщина кожно-жировой складки над трехглавой мышцей плеча: мужчины — 10,0–11,3 мм, женщины — 13,2-14,9 мм. Биохимические критерии: сывороточный альбумин — 35-32 г/л, трансферрин — 2,5–1,8 г/л, преальбумин — 0,15–0,12 г/л.

ФК-2 — средняя степень: потеря массы тела от 10 до 20 % от исходной. ИМТ — 1,60-16,9. Толщина кожно-жировой складки над трехглавой мышцей плеча: мужчины — 7,5–9,9 мм, женщины — 9,9–13,2 мм. Биохимические критерии: сывороточный альбумин — 32–28 г/л, трансферрин — 1,8–1,5 г/л, преальбумин — 0,12–0,10 г/л. Креатинино-ростовый индекс (экскреция креатинина за 24 ч, мг / рост, см) — 60–80 % от нормы.

ФК-3 — тяжелая степень: потеря массы тела более 20 % от исходной. ИМТ — менее 16,0. Толщина кожно-жировой складки над трехглавой мышцей плеча: мужчины — менее 7,5 мм, женщины — менее 9,9 мм. Биохимические критерии: сывороточный альбумин — менее 28 г/л, трансферрин — менее 1,5 г/л, преальбумин — менее 0,1 г/л, креатинино-ростовый индекс — менее 60 % от нормы.

ФК-4 — тяжелая степень недостаточности питания в сочетании с дистрофией органов и нарушением их функции.

В отличие от большинства заболеваний, при которых можно четко разграничить степень выраженности патологии, а следовательно, имеется возможность обосновать и описать клинически тот или иной функциональный

класс нарушений, при ВИЧ-инфекции имеются определенные сложности в определении ФК нарушений, так как часть симптомов протекает скрыто, латентно, а другие — указывают на поражение самых разных органов и систем, а не конкретно какой-либо системы. Тем не менее для медико-социальной экспертизы этих пациентов осуществлена группировка вышеуказанных нарушений в виде 4 функциональных классов с краткой клинко-функциональной характеристикой синдрома и ведущих нарушений функции органов и систем. При этом определены такие ограничения жизнедеятельности, которые имеют место при том или ином ФК нарушений функций органов и систем организма у пациентов с ВИЧ-инфекцией (таблица 2).

При проведении медико-социальной экспертизы необходимо учитывать, что развитие ВИЧ-инфекции, как правило, приводит к поражению различных органов и систем организма; кроме того, распространенное в этой группе внутривенное потребление наркотиков вызывает частое инфицирование вирусным гепатитом. Все это приводит, как указано выше, к многочисленным сочетаниям патологических процессов у пациентов с данным заболеванием.

Таблица 2. — Нарушения функций и ограничения жизнедеятельности у пациентов с ВИЧ-инфекцией

| ФК | Краткая клинко-функциональная характеристика синдрома и ведущие нарушения функции | Ограничения жизнедеятельности |
|------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| ФК-1 | Категории А–С ₃ (по классификации CDC*) или стадии I–IV (по классификации ВОЗ**) при легких нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и др. систем организма | Способность к: самообслуживанию — ФК-0, 1 передвижению — ФК-1 контролю поведения — ФК-0, 1 трудовой деятельности — ФК-0, 1, 2 |
| ФК-2 | Категории В ₁ –С ₃ (по классификации CDC) или стадии III–IV (по классификации ВОЗ) при умеренных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и др. систем организма | Способность к: самообслуживанию — ФК-1, 2 передвижению — ФК-1, 2 контролю поведения — ФК-2, 3 участию в трудовой деятельности — ФК-1, 2 |
| ФК-3 | Категории С ₂₋₃ (по классификации CDC) или IV стадия (по классификации ВОЗ) при выраженных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и др. систем организма | Способность к: самообслуживанию — ФК-2, 3 передвижению — ФК-2, 3 контролю поведения — ФК-2,3 трудовой деятельности — ФК-3 |

Окончание таблицы 2

| 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|
| ФК-4 | Категории С ₂₋₃ (по классификации CDC) или IV стадия (по классификации ВОЗ) при резко выраженных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и др. систем организма, необратимых полиорганных поражениях в терминальной стадии заболевания | Способность к: самообслуживанию — ФК-3, 4 передвижению — ФК-3, 4 контролю поведения — ФК-3, 4 трудовой деятельности — ФК-3, 4 |
| <p>* — классификация, разработанная центром по контролю над заболеваниями (CDC, Атланта, США, 1993);</p> <p>** — классификация опубликована для стран Европы 01.12.2006 в «Протоколах ВОЗ по лечению и предупреждению ВИЧ/СПИД».</p> | | |

Определение клинического прогноза

Клинический прогноз в отдаленном периоде ВИЧ-инфекции в большинстве случаев неблагоприятный, поскольку в настоящее время при использовании современных методов лечения возможно достижение длительной ремиссии, но не выздоровления.

Более того, в большинстве случаев без лечения наступает летальный исход.

Прогрессирование ВИЧ-инфекции зависит от многих факторов, в т. ч.: от количества CD4 и числа копий вирусной РНК на момент начала лечения, возраста и профессии пациента, доступности АРТ и приверженности пациента к лечению.

Изменение уровня CD4 позволяет судить о глубине развившегося у пациента иммунодефицита. Уровень снижения количества CD4 может служить критерием для определения вероятности возникновения вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции.

Вирусная нагрузка в настоящее время считается одним из основных лабораторных маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции, поскольку высокая концентрация РНК ВИЧ в плазме крови является наиболее ранним признаком начинающегося прогрессирования заболевания и неблагоприятным прогностическим симптомом.

Клинический прогноз при данной патологии определяется многими факторами, основными из которых являются количество CD4 и числа копий вирусной РНК на момент начала лечения, возраст и профессия пациента, доступность лечения, своевременное его начало, а также приверженность к нему (антиретровирусная терапия, профилактика и лечение основных оппортунистических инфекций и др.), наличие и тяжесть сопутствующей патологии, уровень активности пациента.

Определение клиничко-трудового прогноза у пациентов с ВИЧ-инфекцией

У пациентов с ВИЧ-инфекцией отсутствует прямое соответствие между клиническим и клиничко-трудовым прогнозом – клиничко-трудовой прогноз, хотя и зависит от клинического прогноза, далеко не всегда совпадает с ним.

С учетом одновременного применения двух клинических классификаций ВИЧ-инфекции (CDC 1993 г. и ВОЗ 2006 г.) использовали схему определения трудового прогноза при этой патологии (таблица 3).

Таблица 3. — Определение клиничко-трудоого прогноза при ВИЧ-инфекции

| Клиничко-трудоого прогноза | Классификация CDC | Классификация ВОЗ |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Благоприятный | Категория А1; А2 | I стадия |
| Сомнительный | Категория В1; С1; В2; А3 | II стадия |
| Относительно неблагоприятный | Категория В3; С3; С2 | III стадия |
| Абсолютно неблагоприятный | Категория С3 | IV стадия |

Поскольку клинические и иммунологические проявления данной патологии бывают чрезвычайно вариабельными, при использовании данной схемы помимо стадии ВИЧ-инфекции в обязательном порядке необходимо учитывать и другие факторы, значительно влияющие на трудовой прогноз, а иногда и определяющие его, которые мы назвали «дополнительными критериями».

Дополнительные критерии определения клиничко-трудоого прогноза при ВИЧ-инфекции:

- клинические (наличие и тяжесть сопутствующей патологии; уровень вирусной нагрузки; своевременное начало регламентированного лечения и приверженность к нему — антиретровирусная терапия, профилактика и лечение основных оппортунистических инфекций и др.);

- производственные (профессия пациента, наличие противопоказанных факторов и др.);

- психологические (личностные установки на расширение сфер жизнедеятельности и реинтеграцию в социальную и производственную среду).

Определение временной нетрудоспособности при ВИЧ-инфекции

Временная нетрудоспособность (далее — ВН) при ВИЧ-инфекции в большинстве случаев обусловлена проявлениями оппортунистических инфекций, приводящих к различным осложнениям (пневмония, токсоплазмоз ЦНС, криптоспоридиоз, цитомегаловирусная инфекция, кандидоз и др.), онкологическими заболеваниями (саркома Капоши, злокачественные лимфомы), другими проявлениями этой патологии (ВИЧ-деменция; ВИЧ-кахексия) и соответственно кодируется в листках нетрудоспособности не по основному заболеванию.

Однако анализ трудопотерь, обусловленных ВИЧ-инфекцией, принятие правильного экспертного решения о своевременности направления на МРЭК, в обязательном порядке должен предусматривать анализ длительности ВН по ВИЧ-инфекции, ее причин, непрерывности и других факторов, которые должны лечь в основу экспертного решения.

Поэтому при оформлении листка нетрудоспособности пациентам с ВИЧ-инфекцией необходимо указывать диагноз по кодам МКБ-10, связанным с данной патологией, не только в стационаре, но и в амбулаторно-поликлинических

организациях. Вместе с тем, во избежание ошибок, связанных с необоснованным использованием диагноза «ВИЧ-инфекция», пациентам, находящимся в периоде временной нетрудоспособности, данный диагноз в качестве причины временной нетрудоспособности должен быть установлен либо подтвержден врачом-инфекционистом.

Также при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, необходимо обеспечить безусловное исполнение требований нормативных документов о конфиденциальности информации о ВИЧ-статусе пациента.

Основными показаниями для определения ВН при ВИЧ-инфекции являются:

- обследование для установления диагноза и определения тактики лечения в дебюте заболевания;
- начальный этап антиретровирусной терапии;
- смена антиретровирусной терапии;
- прогрессирование заболевания (развитие инфекционных и аутоиммунных осложнений, онкологических заболеваний, нарастание нарушений функций пораженных органов);
- развитие осложнений, в т. ч. обусловленных проводимой антиретровирусной терапией.

С учетом данных о длительности лечения в инфекционном стационаре, полученных в процессе исследования, нами разработаны средние оптимальные сроки временной нетрудоспособности при ВИЧ-инфекции для стационарного этапа оказания медицинской помощи (таблица 4).

Таблица 4. — Средние оптимальные сроки временной нетрудоспособности при ВИЧ-инфекции для стационарного этапа оказания медицинской помощи

| № | Код МКБ-10 | Номер строки по форме 4 нетрудоспособность (Минздрав) | Наименование заболевания | Особенность клинического течения, вида лечения и др. | Средние оптимальные сроки ВН (в днях) | Примечание |
|---|------------|---|---|--|---------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | B20 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней | Первичное установление диагноза; назначение антиретровирусной терапии (АРТ); коррекция АРТ | 10–14 | |
| 2 | B20.0 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции | | | В соответствии со средними оптимальными сроками лечения микобактериальной инфекции |
| 3 | B20.1 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций | | 12–14 | |
| 4 | B20.2 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания | С проявлениями менингита | 12–14 20–24 | |
| 5 | B20.3 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций | | 10–12 | |
| 6 | B20.4 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза | | 8–10 | |
| 7 | B20.5 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов | | 10–12 | |

Продолжение таблицы 4

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|-------|----|---|--|----------------|---|
| 8 | B20.6 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i> | При тяжелом течении | 12–14 24–30 | |
| 9 | B20.7 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций | | 10–12 | |
| 10 | B20.8 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекций и паразитарных болезней | С проявлениями криптококкового менингита | 12–14 28–30 | |
| 11 | B20.9 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неуточнённых инфекций и паразитарных болезней | С проявлениями криптококкового менингита | 12–14 28–30 | |
| 12 | B21 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде злокачественных заболеваний | | | В соответствии со средними оптимальными сроками лечения злокачественных новообразований |
| 13 | B22 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточнённых болезней | | | |
| 14 | B22.0 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии | - | - | При СПИД-деменции показано направление на МРЭК |
| 15 | B22.1 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита | | 18–20 | |
| 16 | B22.2 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома | Установление диагноза | 12–14 20–24 | |
| 17 | B22.7 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках | | 12–14 | |

Окончание таблицы 4

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|-------|----|---|---|-------|---|
| 18 | B23 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ проявляющаяся в виде других состояний | | 12–14 | |
| 19 | B23.0 | 04 | Острый ВИЧ-инфекционный синдром | | 10–12 | |
| 20 | B23.1 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии | | 8–10 | |
| 21 | B23.2 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениям игематологических и иммунологических нарушений, неклассифицированных в др. рубриках | | 14–18 | |
| 22 | B23.8 | 04 | Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний | | 10–14 | |
| <p>* — ВН определяется с учетом выраженности общих и местных проявлений ВИЧ-инфекции, их локализации, выраженности нарушений, выполняемой работы, средних оптимальных сроков ВН;</p> <p>** — на МРЭК направляются пациенты с категорией В1–С3 (по классификации CDC) или в стадии III–IV (по классификации ВОЗ) при умеренных, выраженных и резко выраженных нарушениях со стороны нервной, дыхательной, пищеварительной и других систем организма; при более легких нарушениях с учетом синдрома взаимного отягощения и синдрома социальной компенсации.</p> | | | | | | |

Критерии установления инвалидности пациентам с ВИЧ-инфекцией

Группа инвалидности пациентам с ВИЧ-инфекцией определяется в зависимости от тяжести имеющихся нарушений функций органов и систем организма, приводящих к различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных развитием оппортунистических инфекций и опухолей, как результат выраженного клеточного иммунодефицита.

Алгоритм осуществления медико-социальной экспертизы представлен на рисунке 1.



Рисунок 1. — Алгоритм осуществления МСЭ пациентам с ВИЧ-инфекцией

Нами предлагаются следующие критерии МСЭ у пациентов с ВИЧ-инфекцией:

1. Клиническая стадия заболевания (сочетанное использование классификации CDC 1993 г. и классификации ВОЗ 2006 г.).
2. Степень нарушения функций пораженных органов и систем организма.
3. Степень выраженности ограничений жизнедеятельности.

4. Клинический прогноз (в т. ч. наличие и эффективность антиретровирусной терапии, профилактики осложнений, медицинской реабилитации).

5. Клинико-трудовой прогноз.

6. Возможность социальной реабилитации.

При первичном освидетельствовании нами предлагаются следующие критерии определения группы инвалидности:

Третья группа инвалидности устанавливается пациенту при подтвержденном диагнозе ВИЧ-инфекции категории В₃ и С₂₋₃ (по CDC) или стадии III–IV ст. (по ВОЗ), умеренной социальной недостаточности в случаях:

1. Умеренного нарушения функции одной из систем организма пациента вследствие ВИЧ-инфекции, приводящего к умеренному нарушению, в т. ч. ограничению одной из категорий жизнедеятельности, соответствующему ФК-2.

2. Легкого нарушения функций двух и более взаимосвязанных систем организма пациента, создающих синдром взаимного отягощения, приводящий к умеренному нарушению, в т. ч. ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способности контролировать свое поведение), соответствующему ФК-2.

3. Легкого ограничения трех и более категорий жизнедеятельности, соответствующих ФК-1 (без учета ограничения способности к трудовой деятельности и (или) обучению), приводящего к синдрому социальной компенсации.

4. При нарушении профессионально значимых функций у работающего, ведущем к умеренному ограничению способности к профессиональной (трудовой) деятельности из-за снижения квалификации, объема работ или значительного изменения условий труда.

5. При относительно неблагоприятном клинико-трудовом прогнозе вне зависимости от степени нарушения жизнедеятельности на момент медико-социальной экспертизы.

Вторая группа инвалидности устанавливается пациенту при подтвержденном диагнозе ВИЧ-инфекции категории С₂₋₃ (по CDC) или IV стадии (по ВОЗ), выраженной социальной недостаточности в случаях:

1. Выраженного нарушения функции одной из систем организма пациента вследствие ВИЧ-инфекции, приводящей к выраженному нарушению, в т. ч. ограничению одной из категорий жизнедеятельности, соответствующему ФК-3, или резко выраженное ограничение способности к трудовой деятельности и (или) обучению, соответствующее ФК-4.

2. Умеренного нарушения функций двух и более взаимосвязанных систем организма, создающих синдром взаимного отягощения, приводящий к выраженному нарушению, в т. ч. ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способности контролировать свое поведение), соответствующему ФК-3.

3. Умеренного нарушения, в т. ч. ограничения трех и более категорий жизнедеятельности, соответствующих ФК-2 (без учета ограничения способности к трудовой деятельности и (или) обучению), приводящего к синдрому социальной компенсации.

4. Тяжелого течения СПИД-маркерного заболевания в связи с нуждаемостью в длительном активном лечении до достижения стабилизации процесса.

5. Тяжелого СПИД-маркерного заболевания с количеством CD4-клеток в 1 мм^3 менее 200.

6. Сомнительного клинико-трудового прогноза несмотря на проведенные лечебные и реабилитационные мероприятия, при наличии противопоказаний к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья вне зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

Первая группа инвалидности устанавливается пациенту при подтвержденном диагнозе ВИЧ-инфекции категории C₂₋₃ (по CDC) или IV стадии (по ВОЗ), резко выраженной социальной недостаточности и нуждаемости в постоянном уходе в случаях:

1. Резко выраженного нарушения функции одной из систем организма вследствие ВИЧ-инфекции, приводящей к резко выраженному нарушению, в т. ч. ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способности контролировать свое поведение), соответствующему ФК-4.

2. Выраженного нарушения функций двух и более взаимосвязанных систем организма, создающих синдром взаимного отягощения, приводящий к резко выраженному нарушению, в т. ч. ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способности контролировать свое поведение), соответствующему ФК-4.

3. Выраженного нарушения, в т. ч. ограничения трех и более категорий жизнедеятельности, соответствующих ФК-3 (без учета ограничения способности к трудовой деятельности и (или) обучению), приводящего к синдрому социальной компенсации.

4. Абсолютно неблагоприятного в отношении жизни на ближайшее время клинического прогноза вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент медико-социальной экспертизы.